1re ANNÉE — N° 7 — JUILLET 1896.

ARCHIVES NATIONALES DE STOMATOLOGIE ET D'ART DENTAIRE

PARAISSANT TOUS LES MOIS

Organe de l'École et des Praticiens de Bordeaux

Il sera rendu compte des ouvrages et thèses dont il sera adressé deux exemplaires et des appareils dont il sera envoyé un spécimen.

Les auteurs de travaux originaux ont droit à 50 exemplaires tirés à part.

SOMMAIRE

PRIX DE L'ABONNEMENT

UN AN (FRANCE ET ÉTRANGER) : 5 F. — PRIX DU NUMÉRO : 50 C.

RÉDACTION ET ADMINISTRATION

Bordeaux — 226, Rue Sainte-Catherine, 226.

ACADÉMIE DE BORDEAUX

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR LIBRE

ÉCOLE ET CLINIQUE DENTAIRES DE BORDEAUX

226, rue Sainte-Catherine, 226

La direction générale des études est basée sur le programme qui forme l'art. 3 du décret du 25 juillet 1895.

La scolarité régulière est de trois années ; exceptionnellement, il est fait un cours complet de la durée d'une année pour les praticiens qui désirent acquérir le titre de Chirurgien dentiste.

L'Ecole admet à titre d'Elèves :

1. Les Étudiants qui postulent le diplôme d'État.
2. Les Étudiants d'une autre École dentaire jouissant des mêmes droits, munis de leurs inscriptions et de leurs examens de fin d'année.
3. Les Étudiants en médecine, après transformation de leurs inscriptions.
4. Les Étudiants en médecine munis de douze inscriptions.
5. Les Praticiens patentés avant la loi de 1892, voulant préparer le diplôme d'État.
6. Les Étrangers ou ceux qui ne désirent pratiquer qu'à l'étranger.

Les aspirants au diplôme d'Etat doivent produire, pour prendre leur première inscription, soit un diplôme de bachelier, soit le certificat d'études prévu par le décret du 30 juillet 1886, modifié par le décret du 25 juillet 1893, soit le certificat d'études primaires supérieures.

L'École donne des inscriptions spéciales aux élèves ne désirant pratiquer qu'à l'étranger. Ces inscriptions ne sont pas valables devant les Facultés ; leur remise donne droit au diplôme de l'École dentaire.

Il n'existe pas d'examens d'entrée pour les élèves munis de leurs titres universitaires. Il n'en existe que pour les élèves au titre étranger. Cet examen se passe sur le programme du certificat d'études primaires supérieures.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr Rolland, directeur de l'École, 226, rue Ste-Catherine, Bordeaux.

ARCHIVES NATIONALES
DE
Stomatologie et d'Art dentaire

SOMMAIRE

DU PORTE EMPRÈINTE A CONFECTIONNER

pour les bouches anormales

Ouvrez un livre de prothèse et cherchez la définition du porte-empreinte, vous pouvez être sûr que vous ne la trouverez pas. La plupart de nos livres spéciaux sont muets sur les définitions et muets sur les formules et les procédés les plus simples, les plus utiles, dignes en un mot de devenir classiques.

Réparons cette lacune. Qu'est donc le porte-empreinte normal, celui dont la définition manque, celui qui doit cependant servir de point de départ et fournir les grandes lignes des porte-empreintes que le praticien sera obligé d'imaginer pour les cas spéciaux qui pourront se présenter ?

D'une façon générale, le porte-empreinte est un instrument en divers métaux ou en matières plastiques dans lesquels doit se déposer une matière assez molle au moment du travail du praticien, pour permettre la pénétration des dents du patient dans sa masse et jouir d'une condensation assez rapide pour que cette masse puisse, se moulant sur ces dents et sur les parties voisines, en redonner en creux l'exacte configuration.

Le porte-empreinte, pour réaliser ces désiderata, doit remplir deux conditions de structure : il doit 1° être bien en main pour le praticien et 2° présenter une adaptation propre à contenir des matières molles et impressionnables.

Pour remplir la première condition, le porte-empreinte est muni d'un manubrium attaché au corps du porte-empreinte; le manubrium est la partie que le praticien tient de la main droite pour la direction du corps de l'instrument — et le corps de l'instrument représentant une gouttière d'une profondeur variable à laquelle fait suite, sur la partie interne, une plaque palatine pour la mâchoire supérieure satisfait à la deuxième.

Le corps du porte-empreinte affecte la forme en fer de cheval des mâchoires.

Cette définition est en somme une description; nous avons taché cependant de la rendre aussi courte que possible.

Ainsi que notre définition semble l'indiquer, les porte-empreintes sont très variés : il en est de grands, de petits; des porte-empreintes du haut, du bas, des demi porte-empreintes, des porte-empreintes en caoutchouc, en porcelaine, en étain, en métal, etc., etc.

Un bon praticien doit être muni de porte-empreintes nombreux et variés de façon à pouvoir se rapprocher le plus possible de la conformation de la mâchoire de son sujet.

Cependant, malgré sa richesse, il lui arrivera parfois de manquer du porte-empreinte nécessaire, et alors c'est dans les ressources de son initiative qu'il doit trouver le moyen de mouler la mâchoire de son patient. Car il est un point que je tiens à faire poser comme un principe : *C'est qu'il est possible de retirer une empreinte fidèle de toute mâchoire.*



En présence d'un cas difficile, le chirurgien dentiste choisira un porte-empreinte se rapprochant le plus possible de la partie à mouler, et sans songer à la perfection de la première empreinte, il la prendra.

Naturellement, cette première empreinte est grossière, le plus souvent elle est fausse, mais toute fausse qu'elle est, elle sera le premier degré pour arriver à l'empreinte parfaite.

De cette empreinte fausse, le praticien tire un modèle de plâtre c'est-à-dire qu'il coule du plâtre dans cette empreinte qui reproduira une fois sec, approximativement les formes de la mâchoire du patient. Sur ce plâtre, il modèle une cire assez épaisse. Cette cire s'applique exactement sur les dents et sur les parties voisines des dents et elle reproduit ainsi les détails qu'elle a recouverts et se rapproche plus ou moins des détails plus précis du modèle vivant qui n'ont pas encore pu être relevés par une empreinte *absolument exacte.*

En somme, on peut dire que la surface externe est l'ébauche de la partie sous-jacente. C'est la maquette de notre sujet. Cette ébauche, cette maquette sera plus ou moins épaisse suivant la quantité de cire que nous mettrons, et représentera simplement la configuration générale et grossière de la mâchoire. De ce pourtour nous ferons notre porte-empreinte de fortune.



Car, c'est cette maquette dont nous devons mouler la partie interne. Ce moulage de la partie externe formera le porte-empreinte dont nous avons besoin pour prendre une figure fidèle de la bouche de notre malade; et c'est dans ce porte-empreinte que nous placerons les parties molles : godiva, plâtre ou cire.

Il nous reste donc maintenant à construire et à déterminer de quelle substance nous pourrons le faire : melchior, étain ou vulcanite.

Étudions chacune d'elles.

***

Melchior. — Nous laissons la cire sur le modèle et nous imprimons le tout dans de la terre à mouler mise dans un cercle à mouler. Une fois cette empreinte en creux prise (empreinte négative), on fait fondre du zinc et on le coule dans l'empreinte négative. Nous laissons refroidir et quand nous retirons notre zinc nous avons produit en saillie, un modèle positif.

Nous replaçons le modèle positif de zinc sur de la terre à mouler, la base en bas, les dents ou les gencives en haut, dans un cercle à mouler. Nous entourons ce cercle de terre à mouler pour éviter la diffusion du plomb fondu que nous allons employer pour reproduire un modèle négatif ou contre modèle en plomb.

Nous coulons donc dans le cercle à mouler une quantité de plomb en fusion dépassant notre modèle de trois ou quatre centimètres. On peut faire deux ou trois coulées suivant les besoins.

Puis on taille de dimensions une feuille de melchior, on la repousse au maillet sur le modèle de zinc et on estampe avec le contre modèle de plomb en employant les procédés ordinaires de l'estampage d'une pièce métallique.

Il ne reste plus à faire que le manche du porte-empreinte. On fait ce manche avec une feuille de melchior plus épaisse, taillée suivant la forme de manches des porte-empreintes.

Ce manche, on le soude au porte-empreinte avec de la soudure d'argent.

Et ainsi l'on a construit un porte-empreinte spécial qui, rempli de godiva, de plâtre ou de cire, prendra une empreinte absolument exacte de la mâchoire que l'on veut mouler.

Étain. — Si pour le melchior nous commençons par laisser la cire, pour l'étain nous agissons différemment. Il faut commencer par retirer la cire modelée sur le modèle de plâtre. — A cette cire qui forme le corps du porte-empreinte, le praticien colle avec d'autre cire en fusion un manche également en cire — On a donc créé un porte-empreinte complètement en cire.

On place ensuite le porte-empreinte dans un mouffle spécial contenant un mélange de deux parties de sable de rivière et une partie de plâtre, le tout gâché avec de l'eau. On a ainsi formé une terre réfractaire molle placée dans la valve inférieure du mouffle. Tout doucement sur cette terre molle on enfonce la moitié du porte-empreinte de cire et on laisse durcir. On unit ensuite bien soigneusement la terre qui entoure le porte-empreinte puis, sur les deux extrémités du porte-empreinte de cire on trace dans la terre deux rigoles communiquant avec deux encoches taillées dans le mouffle.

Ceci fait, on place la deuxième moitié du mouffle (valve supérieure) et on coule dans cette moitié supérieure un mélange semblable de terre et de sable. Aussi, doit-on avoir eu la précaution de préparer en une seule gâchée des quantités suffisantes de sable et de terre pour faire les deux coulées. On a pris au préalable la précaution d'enduire d'huile ou de sandaraque liquide la surface de la première moitié du mouffle où l'on a imprimé la moitié de la cire, pour que la deuxième coulée de terre n'adhère pas à la première.

Puis on laisse durcir. Quand tout est durci on ouvre le mouffle ; si l'on éprouvait quelque résistance à cette ouverture il ne faudrait pas persister de crainte de détériorer l'empreinte ; dans ce cas on chauffe doucement

le mouffle, la cire se ramolit légèrement et l'ouverture se fait avec facilité. — Quand on a ouvert, la première chose qui se présente à la vue est une saillie longitudinale reproduisant sur la valve supérieure les rigolles en creux de la partie inférieure du mouffle.

Cette saillie, il faut s'empresser de la détruire, il faut même en creuser la base de façon à former une gouttière semblable à celle du côté opposé et qui, appliquée sur la gouttière de la valve inférieure, représente en creux un canal cylindrique, un tube conduisant du porte-empreinte de cire à une échancrure extérieure taillée dans le mouffle.

A ce moment le rôle du porte-empreinte de cire est terminé. Il faut le dégager de la terre du mouffle et on atteint facilement ce but en faisant couler sur lui tout doucement de l'eau bouillante. La cire se fond et ne laisse que son empreinte; puis l'on chauffe ensuite le mouffle de façon à le faire sécher en élevant graduellement sa température et celle de la préparation, terre et sable, qu'elle contient.

Quand l'ensemble est bien chaud, le mouffle est prêt à de nouveaux usages et c'est alors qu'on fond de l'étain pur dans une cuiller en se gardant bien de le faire rougir et qu'on le coule tout doucement et sans arrêt par l'orifice du tube cylindrique ; l'on ne s'arrête que lorsqu'on voit apparaître l'étain à l'orifice du tube cylindrique opposé au premier et destiné par conséquent à fournir le niveau des liquides versés dans le mouffle. Dans ce cas particulier nous ne disposons que de deux ouvertures, mais nous estimons que le mieux est d'en créer trois, correspondant à trois canaux tubulaires, un médian et deux latéraux. Le canal médian correspondra au manubrium du porte-empreinte et sera le plus important, et les deux autres plus petits correspondront du corps au creux du porte-empreinte aux angles supérieur et inférieur du mouffle. On coule dans ce cas l'étain par le manubrium, l'air s'échappe par les deux canaux angulaires et l'on risque très rarement de voir dans ce cas, les canaux s'obstruer. Enfin quand l'étain apparaît à ces petits orifices, on peut considérer la coulée comme terminée.

Au milieu de ces manipulations, il est indispensable d'avoir vivement ficelé avec un fil de fer le mouffle, ou ce qui est mieux, de l'avoir fixé entre les mors d'un étau pour empêcher les deux moitiés de se séparer sous la coulée du métal en fusion.

Ainsi quand l'étain a reparu à un nouvel orifice on est sûr qu'il occupe toutes les parties vides du mouffle et qu'on pourra retirer un porte-empreinte en étain capable de contenir les éléments impressionnables destinés à prendre l'empreinte des parties sur lesquelles on veut les mouler :

On appropriera enfin le porte-empreinte en rognant les bavures et en le dégageant des cylindres d'étain représentant les canaux par lesquels le métal a coulé.

L'on a ainsi un porte-empreinte spécial, propre à fixer tous les accidents et toutes les anomalies des bouches les plus difficiles à reproduire.

Vulcanite. — Le procédé est ici moins long à décrire. On agit comme pour l'étain, sauf qu'on s'est servi simplement d'une gâchée de plâtre et qu'on n'a pas eu besoin d'établir les rigoles que nous avons signalées. On bourre la pièce avec du caoutchouc noir (de l'ébonite), et on suit pour la préparation les mêmes procédés que pour les pièces en caoutchouc.

Tel est l'ensemble des procédés que nous préconisons, et jamais dans sa pratique, nous le répétons, un chirurgien dentiste à peine versé dans les choses de la mécanique ne se trouvera embarrassé devant un cas difficile.

L. SEIGLE,
Chirurgien dentiste diplômé.
Professeur de prothèse à l'École dentaire de Bordeaux.

Compte rendu du XIme Congrès dentaire Suisse

(SUITE)

DEUXIÈME LETTRE

SOMMAIRE (suite)

Communication du Dr Herbet de Brême : son opinion et notre opinion sur l'or Solila. — Rapports de MM. Wellaner de Frauenfeld de Nagy, de Genève. — Présentation de M. Dell de Lieital. — Communication de M. Preiswerk, de Bâle; de Schirmer, de Bâle. — Travail du Dr ***Grosheintz,*** *de Bâle : sur la cataphorèse. — Historique de la question.*

Monsieur le Directeur,

C'est à la suite les unes des autres dans une activité fiévreuse et rapide que se succèdent les communications, les présentations et les travaux. Mes lettres ne peuvent donc être qu'une pale image du bourdonnement de ruche que présentait l'intéressant Congrès dont je continue le compte-rendu dans ma deuxième lettre.

La séance continue par la communication du Dr Herbet, de Brême, qui devait révéler des innovations.

Le Dr Herbet, avec une habileté très personnelle et parfois inimitable, nous a fait des démonstrations sur sa manière d'opérer, démonstrations en partie décrites par le Dr Fritz Holtbuer dans un ouvrage paru en allemand il y a près d'un an sous le titre : " *Innovations de Herbet appliquées à la pratique de l'art dentaire* ".

Le Dr Herbet expose ses procédés de préparation des couronnes en or, travaux à points placés à postes fixes ou mobiles, obturations avec du verre pilé, aurification d'après sa méthode de rotation et avec les différents ors, etc., etc.

Nous nous étions spécialement proposé dans ce voyage de vérifier la nécessité de la réclame « américaine » faite pour *l'or Solila* et nous tenions à avoir là-dessus l'opinion autorisée du Dr Herbet; pour corroborer celles que nous avions déjà assemblées. Comme nous, il reconnaît les justes griefs émis contre l'or Solila et d'autres ors mats et cristallins.

Le Dr Herbet nous présente plusieurs aurifications exécutées dans la bouche d'un de ses assistants avec divers ors et dont la plus défectueuse était celle d'une cavité latérale d'une incisive centrale de la mâchoire supérieure exécutée avec de l'or Solila.

Qu'il nous soit permis de trouver étrange qu'en l'absence du vieux Dr de Tray, l'inventeur de cet or, le jeune fils du Dr aujourd'hui à la tête de la maison et présent dans la salle n'ait pas trouvé bon de donner la réplique à M. Herbet et de soutenir publiquement ce que son père certifie dans une brochure traduite en plusieurs langues et répandue à profusion et que nous citons : « L'or Solila est plus *malléable, plus agréable à travailler, il s'applique plus facilement aux parois de la cavité que* **l'amalgame.** »

Personnellement je doute fort qu'avec l'or Solila, pas plus d'ailleurs qu'avec les similaires de Watts, de Neden et autres, on obtienne une adhérence aussi complète aux parois qu'avec l'or adhésif en feuilles.

Ayant opéré moi-même fréquemment depuis neuf mois des aurifications avec l'or Solila et en dépit des soins minutieux et accoutumés que j'ai eu à enregistrer des insuccès que j'attribue essentiellement : 1o A la non sta-

bilité de la préparation; 2° à sa faible résistance à l'action chimique des liquides altérés de la bouche chez certains sujets.

Dans un travail ultérieur je me propose de revenir plus amplement sur les défauts des ors cristallins en général qui, à mon avis, ne supplanteront jamais l'or en feuilles, adhésif ou non.

En quatrième ordre le Dr Jessen, de Strasbourg, fait une communication sur la prothèse des maxillaires à la suite de fracture avec présentation du sujet : Une jeune fille d'environ vingt ans opérée d'un sarcome de la mâchoire inférieure il y a deux ans sans récidive, l'appareil a été posé au mois de février dernier.

Puis nous avons successivement les rapports de M. Wellaner de Frauenfeld sur une contribution à l'étude de la prothèse dentaire; de M. Nagy, de Genève, sur des aurifications opérées avec un or mat cristallin préparé par lui et qui ne diffère pas essentiellement de l'or Solila; il ressemble beaucoup à une préparation exposée par le Dr Rédard à l'exposition nationale de Genève.

M. Dell de Liestal présente ensuite ses préparations de dents à racine unique pour pose de couronnes et de pièces à pont, et montre les nouveaux instruments imaginés par lui : extracteurs de nerfs, forets flexibles et instruments de nettoyage en forme de cuillère qui paraissent avoir une certaine valeur opératoire mais surtout commerciale.

M. le Dr Preiswerk, de Bâle, apporte un intéressant travail sur l'amputation de la pulpe et le traitement des racines, ainsi que sur la morphologie des molaires.

Le Dr Schirmer, de Bâle, nous a exposé une méthode de redressement des dents avec présentations de modèles et d'appareils.

Enfin le Dr Grosheintz, de Bâle, apporte un intéressant travail sur la cataphorèse dont j'ai cru opportun de vous donner un succint compte-rendu.

Voici d'ailleurs comment s'exprime le Dr Grosheintz qui a repris les travaux déjà tentés en Europe et en Amérique sur ce sujet.

La cataphorèse, du grec Χατα φορειν *porter en bas*, *transporter avec soi*, est cette propriété du courant électrique par laquelle un liquide est transporté du pôle positif au pôle négatif, si l'on fait traverser le courant par un électrolyte contenu dans un corps poreux. Or, si nous faisons traverser nos tissus par un courant continu, nous pouvons transmettre certains liquides du pôle positif (l'anode) au pôle négatif (la cathode) c'est de la cataphorèse. En médecine, la cataphorèse est l'introduction de substances médicales dans les tissus au moyen du courant électrique.

La cataphorèse connue en France dès 1833 a occupé dans divers pays les médecins et les savants sans qu'on pût lui assurer une place dans la pratique. Il n'y a guère plus de six ans que les américains : Pelerson, Edison, Mortson ont repris cette question et sont arrivés à des résultats probants en ces derniers temps.

L'emploi de la cataphorèse en médecine dentaire est tout récent. Le Dr Westlake (d'Elisabeth N. Y.), s'en occupait déjà en 1892 et le Dr Gilett (de New-Port N. S.) communiquait le 8 août 1895 à l'*American dental association* les résultats qu'il obtenait avec la cataphorèse dans l'insensibilisation.

Le Dr W. S. Morton, professeur d'électrothérapie à New-York publiait en juin 1895, dans le *Dental Cosmos,* un rapport sur le blanchiment cataphorétique des dents. Les derniers numéros du Cosmos rapportent les intéressantes communications faites à ce sujet aux Sociétés dentaires de New-York.

En Europe, le Dr Grosheintz a repris l'étude de la cataphorèse en mai 1895 et a obtenu, grâce aux appareils construits par la fabrique électrotechnique de Blingelfin, à Bâle, des résultats soumis au Congrès.

C'est Boileau, je crois, qui a dit :

« Qui ne sut se borner ne sut jamais écrire. »

J'ignore si je sais écrire, mais je sais me borner. Ce sont mes forces qui s'en chargent. Je suis obligé de terminer ma lettre avant de commencer la description technique de la Cataphorèse dentaire. La question est trop longue, trop intéressante, pour que je l'abrège. Je vous la donnerai dans tous ses détails à ma prochaine lettre.

Recevez, etc.

J. MENDELSOHN,

Chirurgien dentiste.

REVUE DES JOURNAUX

Revue du " **Dental Cosmos** "

Vol. XXXVII. — Juin 1896

I. Dr William James Morton, de New-York, le 24 avril 1896, lit devant la Société Odontologique de New-York, un travail fort intéressant sur les rayons X et leur application à l'art dentaire. (Rayons de Rœntgen).

II. **Historique.** — En 1819, le célèbre Faraday, après la classification des matières en solide, liquide et gaz, admit une classe de plus, celle des « corps rayonnants. » — En 1879, le professeur William Crookes émit la même idée. — Avant Crookes les *tubes vacuum* dans lesquels l'espace vide était relativement bas, étaient maniés journellement, on les appelait les tubes de Geisler. Crookes en augmenta le vaccuum, réorganisa les électrodes et inventa ainsi les tubes de Crookes.

Les idées sont partagées sur le rayon X. Les uns disent qu'il est une *vibration* transversale pour la lumière, ou longitudinale, comme le croit Rœntgen; les autres, adoptant les vues anglaises pensent que c'est un courant de parcelles électriques marchant à une grande vélocité.

L'auteur procède de la manière suivante pour obtenir les rayons X. : Il met sur le bout du cathode un disque d'aluminium, ainsi que sur l'anode. Le disque d'aluminium se trouvant a l'anode n'empêchait pas les rayons, et de plus, il semblait les diriger et les assembler sur un point : l'auteur obtint ainsi de très bonnes photo, des mains et des pieds. L'auteur passe en revue un grand nombre de tubes qui tous ont leur avance ici ou là, etc.

III. **Son application en art dentaire.** — Les rayons X nous aideront grandement pour déterminer exactement les limites des tumeurs la place des corps étrangers, reconnaîtra une dislocation d'une fracture, ou pour nous assurer de l'existence des deux fragments. Les rayons X localisent un sarcome et les érosions en résultant dans les cavités étroites. — Tesla, raconte qu'il a vu au travers de trois hommes, les grands os du corps, et vu battre le cœur. Moi-même dit l'auteur j'ai observé les mêmes faits.

Vous pourrez voir une exostose inconnue jusqu'alors, une poche de pus, de la nécrose, etc. Une nouvelle ère s'ouvre devant nous.

Dr Rhin. — M. L., discute devant la Société Odontologique de New-York, le 17 mars 1896, un sujet sur la « Malnutrition » sur la pyorrhée alvéolo-dentaire.

L'auteur nous montre dix cas différents, où la pyorrhée est due soit à la goutte, soit aux rhumatismes, au diabète, à la maladie de Bright, à la tuberculose, à la fièvre typhoïde, à l'anémie, à la pregnancie, etc., dans tous ces différents cas, la pyorrhée résulte du manque de nutrition des organes.

Du " **Monde dentaire** "

Un article que M. Paul Vasseur du *Monde dentaire* a publié sous le titre de « *La Confraternité en Province* » mettant en avant les rapports de l'Ecole et Clinique dentaires de Bordeaux avec les dentistes du sud-ouest a provoqué une curieuse rectification de leur Secrétaire général, M. Rousset et une répartie de M. Paul Vasseur.

Il nous a paru intéressant d'en donner connaissance à nos lecteurs :

La Confraternité en province

« On connait ce bon mot d'un médecin à qui on faisait remarquer la bonne mine de son concurrent à côté de la sienne qui était si mauvaise :

« Parbleu, dit le docteur, c'est moi qui le soigne et c'est lui que je consulte quand je suis souffrant. »

Toute la confraternité en province tient dans cette boutade.

J'ai, d'ailleurs, pu m'en convaincre ces temps derniers au cours de différents voyages.

A un dentiste qui fait tout juste ses frais dans une grande ville de province, je demandais : « Et M. un tel, travaille-t-il ?

« Peuh ! il a le collège, mais on ne fait pas queue dans son salon ; il ne sait rien. »

Je vais voir l'autre, le dentiste du collège, et lui dis :

« Et M. un tel, travaille-t-il ?

« Peuh ! il a les communautés, mais ça ne vaut pas grand'chose, et puis, il ne sait rien. »

***

Quoi d'étonnant, avec ces dispositions, que les sociétés régionales soient loin de prospérer et de donner tous les résultats que l'on semble en attendre ?

Le Syndicat des chirurgiens dentistes du sud-est a, cependant, réussi, et il serait profondément injuste de ne pas le reconnaître, à provoquer un mouvement corporatif important. Son bureau est composé de personnalités qui ont su grouper de nombreuses sympathies et l'on peut constater aujourd'hui sa complète organisation.

La Société des dentistes du sud-ouest a fait plus, elle est parvenue à créer une Ecole et fonder un organe : je souhaite longue vie à l'un et prospérité à l'autre car tous deux émanent d'un concours de bonnes volontés qui semblent devoir réaliser un vœu cher à certaines personnalités de la province : la décentralisation.

Mais, il faut bien reconnaître qu'en dehors de ces deux groupes, il n'existe pas encore de société réellement importante et capable de rendre les services que chacun doit pouvoir réclamer d'un syndicat professionnel.

On ne saurait cependant douter de l'activité et du dévouement apportés par les créateurs des sociétés régionales pour provoquer des adhésions : c'est donc ailleurs que dans leurs personnalités qu'il faut rechercher la cause de l'indifférence systématique avec laquelle on accueille la création de ces sociétés.

Cette cause, il n'est pas besoin d'être grand clerc pour la trouver.

Qu'est-ce, en effet, qu'une société, sinon une agglomération de personnalités visant le même but, ayant le même intérêt ?

Ces deux objets peuvent se rencontrer dans les sociétés régionales et constitueraient un accord certain, mais il y en a un troisième qui forme l'obstacle principal et sur lequel la division n'est pas douteuse, c'est l'égalité de tous.

Est-ce que dans une société il n'y a pas forcément deux groupes qui sont : les administrateurs et les administrés ?

Être administrateur, c'est avoir une prépondérance sur son administré.

Être administré, c'est forcément devenir le soliveau de l'administrateur.

Allez donc demander à des gens qui, jusqu'à présent, ont joui d'une indépendance absolue, d'entrer dans des sociétés qui les mettront en laisse et constitueront pour des concurrents (car, en province, il n'y a que très peu de confrères) un titre à la bienveillance de la clientèle !

M. un tel sera président tandis que son confrère sera rien du tout.

Et cela se saura dans la ville et les langues marcheront leur train, et les bons provinciaux qui passent la moitié de leur existence à déchirer à belles dents leurs concitoyens, ne manqueront pas de tirer de cette constatation un fait qui, forcément, sera celui-ci : « C'est que M. un tel est un dentiste bien supérieur à son confrère puisque M. un tel est président, ou membre du bureau de la société dont son confrère n'est qu'un modeste membre. »

Et l'aimable confrère en conclut que, s'il faisait partie de la société régionale, il n'en tirerait aucun profit, au contraire, et paierait des cotisations qui serviraient à faire de la réclame pour M. un tel.

Une fois campé sur ce terrain, le confrère se dit qu'il est bien préférable de rester neutre, de conserver son indépendance et de traiter par l'indifférence les sociétés régionales : au moins, si on lui parle de M. un tel, président de la société de... il peut répondre que cette société est toute d'admiration mutuelle et que ses adhérents ont besoin de paraître être quelque chose pour attirer la clientèle tandis que lui se recommande tout seul, etc., etc.

***

Évidemment tout le monde ne parle et ne pense pas de la sorte puisqu'il existe des sociétés prospères et que cette prospérité je l'ai constatée au début de ces lignes ; mais, et c'est là ce qu'il importe de faire ressortir, la majorité des chirurgiens-dentistes de province professe si bien cette aversion pour les sociétés professionnelles que celles-ci restent dans un marasme pénible.

Tandis que le galon est le miroir à alouettes pour les uns, il est l'objection pour les autres.

Comment concilier des idées si diamétralement opposées ? Je ne me charge pas de trouver le terrain sur lequel on pourrait faire manœuvrer ces éléments.

Est-ce à dire que toute conciliation est impossible ? Je crois absolument le contraire. J'estime qu'un moment viendra où le besoin de défense corporative sera tellement fort, que le groupement deviendra une nécessité inéluctable et que les sociétés se créeront d'elles-mêmes.

Déjà, de tous côtés, des dentistes diplômés et d'autres non diplômés mais patentés, s'émeuvent des cas d'exercice illégal de leur profession ;

ils n'osent agir ni mettre eux-même les parquets en mouvement et s'adressent aux sociétés existantes.

Lorsque l'intérêt est en jeu on trouve vite un terrain d'entente, et voilà un élément qui préparera ce terrain.



Que de fois n'ai-je pas entendu dire : *Toujours les petits mangent les gros.*

Est-ce vrai en art dentaire? je ne le pense pas.

Il est à remarquer, en effet, que l'initiative des sociétés professionnelles a toujours été prise par des personnalités jouissant non seulement d'excellente réputation et ayant une situation acquise mais encore possédant des cabinets sérieux produisant d'importants bénéfices.

Ces gros-là n'avaient donc pas à attendre des sociétés qu'ils créaient, des bénéfices plus importants que ceux qu'ils réalisaient précédemment; ils ne voulaient donc pas manger les petits.

Le but que tous ont poursuivi peut tenir dans ces quatre mots :

Moralisation, instruction, relèvement professionnels.

Que pouvaient leur donner les sociétés sinon des pertes considérables de temps et par suite d'argent.

Donc, non seulement les gros n'ont pas mangé les petits, mais ils leur ont donné des écoles d'où l'on sort praticien habile; des sociétés où l'on se tient au courant des progrès de la science, d'autres sociétés où l'on débat les intérêts professionnels. Aujourd'hui et toujours grâce à l'initiative et à l'entraînement des gros, les chirurgiens-dentistes français possèdent des sociétés de prévoyance et de secours mutuels qui, si elles suivent leur marche régulière, assureront à leurs adhérents la tranquillité en cas de revers ou de maladie.

Voilà à quels résultats sont arrivés les gros, et ce, grâce à la collectivité.

Mais cette collectivité ne fut pas autre chose que la conséquence d'une confraternité bien comprise et surtout bien pratiquée. L'intérêt particulier n'a pas été le seul guide de ceux qui ont répondu à l'appel des initiateurs; tous voulaient faire œuvre utile et confraternelle et il faut reconnaître que les résultats ont dépassé toutes les espérances.



C'est donc à la bonne confraternité que les dentistes français sont redevables des groupements corporatifs qui ont produit les Écoles et les sociétés professionnelles.

Que MM. les Chirurgiens-dentistes de province y songent bien, on compte toujours avec la puissance des collectivités, alors que les isolés quelque valeur qu'ils aient, ne peuvent guère faire éclater leur mérite.

Les sociétés régionales constitueront des forces le jour où elles serviront de ralliement à toutes les bonnes volontés : pour cela il faut que tous fassent abstraction de mesquines ambitions ou renoncent à leur indolence habituelle.

De l'effort commun jaillira la bonne confraternité qui fera l'union pour le bien de tous ; mais il faut que cette confraternité soit un fait et non un vain mot; il faut que les dentistes de la même ville cessent d'être adversaires ; qu'ils se voient, s'apprécient ; plus ils se connaitront, mieux ils défendront leurs intérêts qui ne doivent former qu'une étroite communauté.

Il existe des sociétés médicales régionales : que les dentistes calquent leurs sociétés sur elles, que tous s'y fassent inscrire et bientôt fleurira la confraternité là où poussait la haine et l'insouciance.

Paul VASSEUR.

Dans le numéro suivant du *Monde dentaire* nous lisons :

Rectification demandée

Nous recevons la lettre suivante :

Monsieur Vasseur,
Directeur du *Monde Dentaire*.

Dans votre dernier numéro de votre journal, vient de paraître un article intitulé : « La Confraternité en province » dans lequel, au second alinéa, il est dit que la *Société des dentistes du Sud-Ouest est parvenue à créer une école et à fonder un journal.*

Au nom de notre société dont je suis le secrétaire, j'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien rectifier dans votre prochain numéro, *ces deux erreurs*.

La Société des dentistes du Sud-Ouest tient à faire savoir que ses membres n'ont jamais participé à la création de l'Ecole et de son journal.

Les membres de la Société se sont bornés jusqu'à ce jour, à assurer le service du dispensaire municipal de notre ville, service qui a toujours été fait gratuitement, à l'encontre de certaines autres cliniques soi-disant gratuites.

Veuillez agréer, etc., etc. *Le Secrétaire général,*

F. ROUSSET

Et M. Paul Vasseur a répondu :

Que MM. les membres de la Société des dentistes du Sud-Ouest ne veuillent pas se laisser parer des plumes du paon, rien de mieux et l'on ne peut qu'applaudir à pareille modestie dont le mérite est d'autant plus grand qu'il est rare.

Nous constatons donc que la Société des dentistes du Sud-Ouest n'est pour rien dans la création de l'Ecole dentaire de Bordeaux et du journal.

Et en faisant cette constatation, nous adressons aux fondateurs de l'Ecole, à son corps enseignant, ainsi qu'à la rédaction des *Archives nationales de Stomatologie et d'Art dentaire* nos vœux les plus ardents pour la complète réussite de leurs efforts communs en dehors et sans l'appui de la Société des dentistes du Sud-Ouest

P. V.

L'administration de l'École et Clinique dentaires de Bordeaux, la rédaction des *Archives nationales de Stomatologie et d'Art dentaire* remercient M. Paul Vasseur de ses aimables souhaits et lui adressent leurs meilleurs compliments.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

AMBLER (H. L.) Gataphoresis for obtunding sensitive dentine. Ohio Dent. J., Toledo, 1896, xvi, 169-176.

ANDREWS (R. R.) Evidences of pre — historic dentistry in Central America. Tr. Pan-Am. M. Cong. 1893, Wash., 1895, pt. ii, 1873-1877.

ASAY. Electrical action between metal fillings. Brit. J. Dent. Sc. London, 1896, xxxix, 275.

AUGIERAS. Emphyème de l'antre d'Highmore consécutif à la déviation de la cloison. Rev. internat. de rhinol. (etc.), Paris 1896, vi, 59.

BARTHÉLEMY. Leucoplasie buccale .Ann. de dermat. et syph., Paris, 1896, vii, 356.

BENICIO (A.) Breve noticia sobre a arte do dentista no Brazil. Tr. Pan. Am. M. Cong. 1893, Wash, 1895, pt. ii, 1900-1905.

BERGER. Tumeurs mixtes des glandes du voile du palais. Rev. prat. de méd., Paris, 1896, liii, 97.

BOGUE (E. A.) Principles underlying the regulation of the human teeth. Tr. Pan. Am. M. Cong., 1893, Wash, 1895, pt. ii, 1878-1881.

BOUYER (A.) La pharyngo-laryngite et son traitement par les eaux de Cauterets. Gaz. hebd. d. sc. méd. de Bordeaux, 1896, xvii, 160-163.

BUISSERET (A.) De l'allaitement prolongé comme cause de déviations dentaires. Clinique, Brux., 1896, x, 186-189.

BURT. Observation d'un cas d'accident d'évolution de la dent de sagesse. Rev. odont., Paris, 1896, xvii, 103.

CLARK (B. F. R.) Hypertaophy of the lingual tonsil, with report of seven cases. Phila. Polyclin.. 1896, v, 123-126.

CONOR (J. V.) Note on excision of the tongue for cancerons desease. Méd. Press. & Tire., Lond., 1896, cxii, 396.

DUMONTPALLIER. Traitement de certaines tumeurs de la bouche au moyen du chlorate de potasse. Bull. acad. de Méd. de Paris, 1896, 3, 1., xxxv, 236-244.

EMERY & SABOURAUD. Chancre mou de la langue. Ann. de dermat. et syph. Paris, 1896, 3; s., viii, 198-201.

EVANS (G.) Pulpless teeth and their treatment. Tr. Pan. Ann. M. Cong., 1893, Wash., 1895, pt. ii, 1858-1867.

FAISST (O.) Weber totalnekrose des Unterkiefers nach. Osteomyelitis Beitr. z. Klin. Chir., Tubingen, 1895-6, xv, 750-756.

FELICIANI (J.) Dermatosi sul de corso del nervo trigemino. Gaz. med. di Roma, 1896, xxii, 169-182,

FRANCIS. Hygiene of the mouth., Tr. Pan. Ann., M. Cong., 1893, Wash., 1895, pt. ii, 1881-1883.

VON FRANKL-HOCAWART (L.) Weber zahnextraction und Facialislæhomung wien. Klin, Rundsch., 1896, x, 145-147.

GIVEL (A.) Tumeur congénitale de la gencive. Rev. méd. de la Suisse. Rom., Genève, 1896, xvi, 153-155.

GRANT (H. H.) Sarcoma of the lower jaw. N.-York. M. Rep. Rochester, 1896, iii, 156-158.

HENRIQUEZ (J. M.) De la importancia de un tratamiento-oportuno del alceso alveolar, Ann. d. Circ. méd. argent., Buenos-Ayres, 1895, 288-290.

HOEHL (E.) Beitrag zur histologie der pulpa und des Dentins. Arch. f. anat. u. Entiveklngsgesch, Leipz., 1896, 31-54, i pl.

JOHNSON (R.) Some unusual cases of swelling of the rarotid gland. Lancet Lond., 1896, i, 1056-1058.

KOLACZEK. Dur narkosenfrage. Deutsche med. Wchnschr., Leipz., u. Berlin, 1896, xxii, 179.

LAVRAND (H.) Angine streptococique suivie de paralysie du voile du palais. J. d. Sc. méd. de Lille, 1896, i, 305-308. — Paralysie de la moitié gauche du voile du palais. Ibid : 277-279.

MEARS (J. E.) Injuries and diseases of the mouth, tongue, fauces, palate and jaws. Intern, encyc. Surg. (Ashhurst.) N.-Y., 1895, vii, 743-749.

MINNICH (C. S.) A case of gangrene of the mouth. A. Alb. M. Herald, 1896, xvï, 63.

MONACO. (G.) Tonsilotamia galvano caustica. An. d. cir. Méd. argent. Buenos-Ayres, 1895, xviii, 353.

MORTON (T. S. K.) Excision of lower jaw for sarcoma. Ann. Surg. Phila., 1896., xxiii, 491.

NORTH (B.) Teeth and their relation to speech. Brit. J. Dent. Sc. London, 1896, xxxix, 289-294.

QUINLAN (F. J.) A case of prolonged deafness (6 years) due to enlarged tonsils ; excision ; cure, N.-Y. Eye & Ear Infirmo. Rep., 1895, iv, 96-98.

RENON L'amygdalite fistuleuse. Rev. gén. de clin. et thérap., Paris, 1896, x, 213.

ROSENFELD (M.) Weber die chloroformnarkose bei bestimniten Gehalt der Inspirationsbuft an chloroformdannpfen. Arch. f. exper. Parh. u. pharmakol., Leipz., 1895-6, xxxviii, 52-59.

SCHEPPEGRELL (W.) Oapillomata of the soft palate. N.-Y., M. J., 1896, lxiii 470.

SHURLY (E. L.) Preliminary note on the use of the formates in ulceration of the pharyngealand laryngeal mucous membrane. Tr. Pan.-Am. M. Cong., 1893, Wash., 1895, pt., ii, 1580-1588.

SOFFIANTINI (G.) Anatomia della glandola sottomascellare in relazione alle applicazioni chirurgiche. Gazz., méd. lomb. Milano, 1896, lv, 51-53.

TALBOT (E. R.) Development of the vault; history of deformed vaults. Tr. Pan. Am. M. Cong. 1893, Wash, 1895, pt., ii, 1884-1896. — Pyorrhea alveolaris. Dental Cosmos, Phila., 1896, xxxviii, 310-321. — 344-352.

ZOEGE VON MANTEUFFEL (W.) Die üblen zufælle bie und nach chloroform und aether-Narkosen. Munchen Med Wchnschr, 1896, xliii, 265-269.

CHRONIQUE LOCALE

Programme des Cours professés pendant les mois de Juin et de Juillet.

MM. les Docteurs :

Rolland : Du protoxyde d'azote, son anesthésie. — Du bromure d'Ethyle. — Des anesthésiques locaux : Froids, mélanges réfrigérants. éther, bromure d'Ethyle. — Des réfrigérants par vaporisation : Chlorure d'Ethyle, Chlorure de methyle. Coryl, Anesthyle. — Acide carbonique, gazeux, liquide, solide. — Des différentes formes de stypage. — Emploi des courants électriques. — Injections sous cutanées : avec l'eau, la cocaïne. Etude de la cocaïne. — Essais et résultats du gaïacol, de la créosote. Revue générale de l'anesthésie. — Conclusions.

Dutour : Kystes de la langue. — Macro-glossite. — Épithélioma de la langue.

Fromaget : Synovites. — Kystes synoviaux. — Hygromas. — Lymphangites. — Adénites. — Abcès froids.

Princeteau : Artère innominée et ses divisions. — Artères sous-clavière et axillaire. — Artère humérale et ses branches collatérales et terminales.

Sigalas : Machine dynamo-électrique. — Principe de réversibilité des machines dynamo. — Moteurs électriques. — Electro-moteurs mécanique (deuxième partie.) — Machines électro-statiques.

Besse : *(Pharmacien de 1re Classe),* Alcool. — Chloral. — Iodoforme. — Chimie et matière médicale. — Acide phénique. — Créosote. — Uny mol. — Gaïacol. — Aristol. — Iodol.

Dumur : Pericardite. — Myocardite. — Angine de poitrine. — Anévrysmes de l'aorte. — Goitre exophtalmique.

Affections cérébrales. — Congestion et anémie cérébrales. — Hémorrhagie cérébrale. — Ramollissement. — Méningites. — Moëlle : Ataxie locomotrice progressive. — Silerou en plaques. — Myélites. — Paraplégies. — Affections renales. — Néphrites.

Sabrazès : Syphilis bucco-pharyngée. — De l'actinomycose.

MÉCANIQUE

Seigle : Réparation de pièces artificielles. — Redressements. — Prises d'empreintes au plâtre. — Modelage de cire de dentiers complets. — Prise de modèle métallique. — Confection des modèles en or.

CONVOCATIONS

Messieurs les Actionnaires de l'École et Clinique dentaires de Bordeaux sont convoqués à l'Assemblée générale du 18 août prochain, à 8 heures et demie du soir, dans la salle du Conseil de l'École.

L'ordre du jour sera fixé dans les convocations particulières.

UN ANNIVERSAIRE

Au moment ou paraîtra le numéro de Juillet des *Archives Nationales de Stomatologie et d'Art dentaire*, l'École et Clinique dentaires de Bordeaux comptera un an d'existence. Toute cette année s'est passée à l'organisation de l'École et à l'étude de son fonctionnement.

Les professeurs ont rivalisé de zèle, les élèves de bonne volonté. Un excellent esprit règne dans la maison. On a paré aux difficultés premières de l'installation par un dévouement personnel très louable. Ainsi dans sa première session la Faculté de médecine a reçu avec la note *bien* tous les élèves de l'École qui se sont présentés. En outre, les malades heureux de trouver à l'École dentaire des soins qu'ils ne rencontrent pas ailleurs assiègent la clinique où malheureusement tous ne peuvent entrer en traitement, à cause du vide que fait dans nos rangs la période des vacances.

Nous souhaitons que l'heurenx anniversaire soit le présage de beaucoup d'autres, et que le succès consacre l'effort et le dévouement de tous.

Diplôme de Chirurgien dentiste de l'École et Clinique dentaires de Bordeaux

MM. May-Barral, chirurgien dentiste diplômé de Philadelphie, et le Docteur Quéré ont subi le lundi 6 juillet les examens de troisième année, devant MM. les Docteurs Princeteau, Sabrazès, Rolland, et MM. les Chirurgiens dentistes Lot et Dumora.

Les candidats ont fait de brillantes épreuves, et M. Dumora adresse les félicitations du jury et quelques sages paroles sur l'exercice de leur nouvelle profession.

La Rédaction adresse ses compliments aux deux premiers diplômés de l'École dentaire et leur souhaite, dans la clientèle, le succès dont les rendent dignes les consciencieuses études qu'ils ont faites. MM. May-Barral et Quéré ont été aussi les premiers démonstrateurs de l'École.

Examens de première année

MM. Cayrol, Denoyer, Papon, Besse, Lassaque, Marronneaud, Armand, Porentru, ont subi avec succès les examens de première année, le 9 juillet dernier.

Ces étudiants ayant validé leurs quatre premières inscriptions seront admis à prendre leur cinquième inscription à la rentrée de novembre.

Examens de Chirurgiens dentistes devant la Faculté de Médecine de Bordeaux

Lundi 13 Juillet, MM. May-Barral et Louis Seigle se sont présentés devant la Faculté de médecine pour subir la première partie de l'examen de chirurgien dentiste.

MM. les Professeurs Demons, Pachon, Princeteau constituaient le jury et ont reçu MM. May-Barral et Seigle, avec la mention *bien.*

Ce premier succès remporté sur la plus difficile épreuve des trois est de bonne augure pour les deux derniers. Nous adressons à MM. Barral et Seigle nos félicitations et nos encouragements.

EXAMENS

Une seconde session pour les examens de première année aura lieu le 10 novembre prochain, à 9 heures du matin. Le programme des examens reste le même.

CONCOURS

Pour :

1° Deux places de Chefs de Clinique;

2° Une place de Chef de laboratoire de Prothèse.

Le 16 novembre prochain.

ÉPREUVES DU CONCOURS
pour les Chefs de Clinique
Épreuves théoriques et opératoires

1° : Leçon clinique d'une demi heure, après demi heure d'examen du malade, et demi heure de réflexion. — Examen de deux malades. — Opérations extemporanées.

2° Le Jury tiendra compte des titres scientifiques et des travaux du candidat.

3° **Épreuves pratiques** :

Trois obturations : à l'amalgame. / au ciment. / à l'or adhésif.

Traitement de caries du 3me et 4me degrès.

Il pourra être donné, au choix des membres du jury, une épreuve sur un des sujets suivants : Dents à pivot, Dents de Logan, Dents de Bonvil, Couronnes en or, Travail à pont et reconstitution.

Épreuves du concours, pour la Chefferie du laboratoire de prothèse

1° Empreinte avec plâtre.
2° Un dentier complet. — Ressorts.
3° Une couronne or.
4° Un travail à pont.
5° Une pièce en métal de six dents (au minimum).

Le Candidat aura à faire une démonstration de dix minutes sur un des travaux accomplis.

Les Candidats peuvent se faire inscrire dès ce jour, et la date de leur entrée à l'École, pour l'exécution des travaux pratiqués, leur sera indiquée ultérieurement.

CONCOURS

Pour : Six places de démonstrateurs de dentisterie ;
Une place de démonstrateur de prothèse.

DENTISTERIE

Examens théoriques : *Leçon orale* de dix minutes sur un sujet d'anatomie, de physiologie et de pathologie spéciales à la bouche et aux dents.

Leçon clinique de dix minutes après dix minutes d'examen et de réflexion. — Opération extemporanée.

Examens pratiques : Dix nettoyages ;
Vingt ciments ;
Vingt amalgames ;
Trois aurifications de faces triturantes.

Ces travaux pratiques doivent être accomplis pendant le stage des vacances. Les professeurs donneront des points aux concurrents. Ces points et les notes des examens théoriques serviront à donner les places.

PROTHÈSE

Le candidat aura à prendre une empreinte, à faire une pièce de métal à son choix sur la bouche ou le plâtre. — Une pièce de caoutchouc. — Une démonstration de dix minutes.

Imp. des 4 Frères, rue Capdeville, 32.